

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

POUR LE

N° 349

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis SIMONIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 1^{er} Décembre 1907, à Saïgon (Indochine).

**Considérations
sur quelques cas de phlegmons
gangréneux de la face
d'origine sinusale**

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1937

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis SIMONIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 1^{er} Décembre 1907, à Saïgon (Indochine).

Considérations
sur quelques cas de phlegmons
gangréneux de la face
d'origine sinusale

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1937

I. — PROFESSEURS

Physiologie	MM.	ROUVIÈRE.
Anatomie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		Maurice VILLARET.
		LOEPER.
Clinique médicale		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
		CUNEO.
Clinique chirurgicale		GOSSET.
		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		MARION.
		BRINDEAU.
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose		BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Clinique cardiologie		LAUBRY.
		HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GENNES Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.

MM.	
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULE.	
CHABROL.	
CHIRAY.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT.	
SEZARY.	

MM.	
BASSET.	Clinique chirurgicale.
BROCO.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
HEITZ-BOYER.	
MOURE.	
QUENU.	
SCHWARTZ.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	Clinique obstétricale.
LE LORIER.	
LEVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Enlevé à l'affection des siens au
moment où s'achevait cette thèse.*

A MA MÈRE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique.

Qui a guidé mes débuts dans la spécialité et m'a fait le grand honneur de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES KUSS

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

Qui a fait mon éducation chirurgicale et dont j'ai tellement apprécié le grand cœur et la haute culture.

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR HENRI BOURGEOIS

Laryngologiste honoraire de l'hôpital Laënnec.

Dont je n'ai été que fortuitement l'élève, mais qui est devenu pour moi un maître respecté et aimé.

A M. LE DOCTEUR CANTONNET

Ophthlalmologiste de l'hôpital Laënnec.

*Dont l'esprit si clair m'a inculqué
de solides notions de son art délicat.*

A M. LE DOCTEUR ANDRÉ BLOCH

Laryngologiste à l'hôpital Laënnec.

*Dont j'ai tellement apprécié l'esprit
nuancé et libéral et dans le service du-
quel j'ai passé une année dont je
garderai un souvenir impérissable.*

A M. LE DOCTEUR ROUGET

Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau.

*Dont le robuste bon sens a poli
mon éducation de spécialiste.*

A M. LE DOCTEUR HÜET

Laryngologiste des Hôpitaux de Paris.

*J'ai beaucoup appris de sa calme
philosophie.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

- M. LE PROFESSEUR WIDAL (in memoriam)
- M. LE PROFESSEUR LEJARS (in memoriam)
- M. LE DOCTEUR BABONNEIX

Externat :

- M. LE PROFESSEUR LEJARS (in memoriam)
- M. LE DOCTEUR BABONNEIX
- M. LE DOCTEUR GANDY
- M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

Internat :

- M. LE DOCTEUR KUSS
- M. LE DOCTEUR CANTONNET
- M. LE DOCTEUR A. BLOCH
- M. LE DOCTEUR ROUGET

INTRODUCTION

Les phlegmons gangréneux de la face, secondaires à une sinusite semblent rares.

En effet, depuis longtemps les phlegmons cervicacux d'origine dentaire ou amygdalienne sont connus et l'on sait que bien souvent, de par leur origine même, ils prennent le type grave, toxique, gangréneux.

On connaît encore assez, bien qu'elles soient plus rares, les mastoïdites gangréneuses avec sphacèle cutané. Par contre, les sphacèles cutanés consécutifs à des sinusites semblent à peu près inconnus. Ayant eu l'occasion d'en observer un cas, nous avons présenté ce malade à une nombreuse assistance au cours d'une séance de la Société d'Oto-rhino-laryngologie de Paris, et nous avons été surpris de constater que peu d'auditeurs se souvenaient avoir vu cas semblable.

Par ailleurs, aucun traité classique ne mentionnait la possibilité d'une telle complication. Ceci nous a poussé à rechercher les observations similaires qui auraient pu être publiées, et là encore nous avons constaté qu'elles étaient fort rares.

Nous allons donc relater cette observation, suivies de celles que nous avons pu réunir.

Nous étudierons ensuite les points qui nous semblent dignes d'intérêt, afin d'en tirer les conclusions cliniques et thérapeutiques.

OBSERVATION I

Ce malade est entré le 17 novembre à l'Hôpital Laënnec avec le diagnostic de : Phlegmon gangréneux de l'orbite.

Le malade, garçon à l'Hôpital Broussais, était porteur depuis trois ans d'une sinusite chronique. Il avait présenté plusieurs crises aiguës, dont il ne peut préciser le nombre, se traduisant par de la céphalée, de la rhinorrhée purulente, crises qui avaient cédé au traitement médical habituel. Il mouchait du pus dans l'intervalle des crises.

Aux environs du 12 novembre, il s'est senti fatigué en même temps que survenait une céphalée à prédominance sus-orbitaire droite, extrêmement pénible.

Le 14 novembre, sa paupière supérieure s'œdématisait, la température se met à monter, l'état général s'altère, le 15, devant l'aggravation rapide des symptômes, il est hospitalisé dans le service de Monsieur le Professeur ABRAMI.

Là on lui prescrit : 3 cm³ de Propidon, 20 cm³ de sérum antigangréneux et on pratique dans la tuméfaction sus-orbitaire une ponction au bistouri, qui reste blanche.

Le 16 après-midi, il est transporté à l'Hôpital Laënnec où nous l'avons examiné.

Le signe qui attire immédiatement l'attention, c'est la tuméfaction sus-orbitaire.

Arrondie, elle occupe le rebord orbitaire jusqu'à son extrémité externe, mais laissant libre son extrémité nasale. La paupière supérieure est tuméfiée, tendue au point qu'il est absolument impossible de la soulever pour examiner l'œil.

La surface rouge présente une large phlyctène noirâtre sphacélique.

Autour de cette tuméfaction existe une infiltration des téguments, rouge et dure, occupant la région frontale, la fosse temporale, la paupière inférieure du côté droit.

Enfin, fait important, on constate *par place, de la crépitation sous-cutanée*, discrète, mais indiscutable.

L'examen des fosses nasales est gêné par une déviation de cloison fortement convexe à droite. Tout ce qu'on peut constater, c'est l'issue de pus très abondante par cette narine.

Au point de vue général :

température à 39° 4.

pouls à 90°, bien frappé.

urines d'abondance et d'aspect normaux, ne contenant ni sucre, ni albumine.

tension artérielle à 9-15.

le malade quoique très fatigué n'est pas adynamique, raconte son histoire; il se plaint de douleurs sourdes au niveau de la tuméfaction.

Le 17 au matin, on intervient chirurgicalement : (M. André BLOCH).

Anesthésie au chloroforme à la pipe de Debet.

Large incision le long du rebord orbitaire donnant issue à du pus grisâtre, mal lié, fétide et à des bulles de gaz (malheureusement, on n'a pu prélever le pus en vue d'examen à ce moment).

Les tranches de section, très épaisses sont complètement sphacélées.

Dénudation du rebord orbitaire et de la base des os propres du nez :

os non congestionnés, sans aucune fistule.

Trépanation, à la gouge, du sinus frontal, qu'on trouve plein de pus, mais qu'on ne curette pas.

On place dans la plaie des mèches abondamment imbibées de sérum antigangréneux.

Dans les jours qui suivent cette intervention, la médication s'établit ainsi :

1 ampoule de Solucamphre spartéiné;

10 gouttes de Digitaline;

50 cm³ de sérum antigangréneux sous-cutanés et
20 intra-veineux;

6 comprimés de Rubiazol (car le malade a eu antérieurement l'érysipèle et on craint un réveil de cette affection).

L'examen du pus a montré à deux reprises la présence de spirilles, sans autres germes.

Cependant :

l'état général s'aggrave, le malade paraît peu à peu sombrer dans l'adynamisme.

Localement la plaie ne se déterge pas et l'infiltration gagne à la périphérie envahissant la fosse tem-

porale et le cuir chevelu en arrière, la joue et les lèvres en bas, mais ne dépassant pas la ligne médiane, en dedans.

Une phlyctène sphacélique apparaît au rebord orbitaire inférieur.

Le 20 novembre au matin, afin de lutter contre l'infiltration progressive, on pratique une série de mouchetures périphériques au galvanocautère.

La dernière, dans le pli nasogénien, donne issue à un flot de pus fétide et à des bulles de gaz provenant de la fosse canine.

On agrandit l'orifice au galvanocautère.

Enfin, devant l'état alarmant du malade, on demande une transfusion sanguine de 100 cm³.

Le soir, la température est à 39°, le malade dans le sub-coma et nous craignons une issue funeste à brève échéance.

Le lendemain, nous avons la surprise de constater que la température jusque-là en plateau à 39° est descendue à 38°, que l'état du malade s'est considérablement amélioré, il peut s'asseoir dans son lit, répondre aux questions.

Depuis lors, cette amélioration s'est accentuée.

Après un clocher à 39°, imputable à la réaction sérique, la température est descendue au lysis.

Localement, nous avons assisté à la détersion rapide de la plaie sus-orbitaire et nous devons signaler l'action favorable de la Permyase liquide et gelifiée.

La brèche du sinus frontal s'est comblée assez vite.

Ce qui a retardé l'évolution de la plaie, c'est le

sphacèle du périoste du plafond orbitaire avec décollement s'étendant assez loin en arrière vers le sommet de l'orbite.

Par là également se sont éliminés, les 10 et 12 décembre, deux séquestres provenant vraisemblablement de l'os planum.

Au niveau de la joue, on a passé un gros drain entre l'orifice de ponction naso-génien et la zone du sphacèle sous-orbitaire.

Une suppuration extrêmement abondante fait issue, par ce drain, le 18 décembre, s'est éliminé un séquestre provenant du maxillaire supérieur. Une sonde d'Itard introduite par la fistule inférieure sous la joue, pénètre dans le sinus.

Une radiographie a montré une pan-sinusite droite avec opacité des sinus maxillaires, ethmoïdaux et frontaux, mais sans séquestres.

Le 24 décembre, sous anesthésie locale, on pratique une incision de la joue, oblique en bas et en dedans, réunissant les deux fistules.

La fosse canine est tapissée de tissus fongueux, au milieu duquel se trouve le petit orifice laissé par le séquestre précédemment éliminé. On agrandit cette brèche à la pince gouge. Le sinus maxillaire est plein de matière caséeuse fétide, qu'on évacue par lavage sous pression à l'énéma, lavages qu'on répètera désormais quotidiennement au cours des pansements.

Le 28 décembre, au cours d'un pansement, en attirant un lambeau sphacélé, au niveau de la plaie frontale, on ramène une énorme séquestre, formé par

les parois antérieure et inférieure du sinus frontal, comprenant toute l'arcade et une partie du plafond orbitaire, mais ne dénudant pas la dure-mère, car la paroi postérieure du sinus est intacte.

On retire encore le 4 janvier un mince séquestre et désormais, cette plaie va bourgeonner et se combler rapidement.

Au niveau du sinus maxillaire :

On retire à 6 reprises différentes, de la cavité du sinus, de petits séquestres minces, provenant de sa paroi interne et de l'ethmoïde.

En effet, au début tout au moins, les lavages sous pression du sinus maxillaire faisaient ressortir une partie du liquide par la plaie orbito-frontale, prouvant une large communication de l'ethmoïde de l'orbite et du sinus maxillaire, due à la perte des parois osseuses.

Ici encore, au bout de quelques jours, un bourgeonnement rapide et de bon aspect tend à combler la cavité du sinus une fois tous les séquestres éliminés.

Malgré l'amélioration, en somme rapide des lésions sinusales, *l'état général* reste médiocre pendant longtemps.

Le malade se plaint d'une lassitude intense, s'exacerbant de temps à autre, ce qui nous pousse à faire plusieurs transfusions de 100 grammes (7 en tout).

De même, sa température, malgré le drainage des sinus, n'est pas normale. Elle évolue d'une façon irrégulière entre 37°5 et 38°, ce que n'explique pas le

choc physiologique intense subi par cet homme et qui pourrait être cause de sa lassitude générale.

Nous trouvons l'explication de ce retard à la guérison dans les *accidents oculaires* qui se sont produits au cours de l'évolution de cette maladie.

Dès qu'après l'intervention on a pu entrouvrir les paupières, on a constaté un volumineux chemosis avec aspect dépoli de la cornée.

Le malade aperçoit à peine la lumière; mais le réflexe photo-moteur persiste avec une légère motilité volontaire du globe.

Peu à peu, autant par lagophtalmie que par macération dans le pus, il se forme un abcès central de la cornée, qui subit des alternatives de limitation et d'extension. En même temps, le malade se plaint de douleurs gravatives siégeant dans le globe oculaire.

Le 11 janvier, se produit la perforation spontanée de la cornée, avec issue de l'humeur aqueuse, suivie quelques jours après d'inclusion de l'iris. Aucune rémission ne se produisant, la panophtalmie devenant de plus en plus évidente, nous demandons à un assistant du Service d'Ophtalmologie, de pratiquer l'exentération du globe oculaire, ce qui fut fait le 30 janvier.

Dès lors :

— la température descend en une semaine à 37°;

— l'état général du malade s'améliore à vue d'œil, il se lève peu à peu et sort de l'Hôpital le 2 mars, après un séjour de trois mois et demi.

OBSERVATION II

Nous devons cette observation à l'obligeance de notre éminent confrère, le D^r Georges ILL.

Une jeune fille de 25 ans, de Villeneuve-St-Georges, a fait des accidents dentaires au maxillaire supérieur droit, qui ont paru rentrer dans l'ordre par la thérapeutique résolutive habituelle. Puis est survenu un phlegmon de la joue, chaud en apparence.

Trois coups de pince successifs furent donnés par un médecin en ville, sans trouver de pus.

Quand le D^r ILL la vit (12 jours après), il constata un état général grave, avec faciès intoxiqué. Au niveau de la joue une plaie noirâtre d'aspect sphacélique, une tuméfaction énorme avec phlyctènes sphacéliques, occupant la joue, l'orbite, le front et la région temporale.

En explorant la plaie, on tombe dans le sinus maxillaire d'où l'on fait sortir un flot de matière caséuse.

Après quelques jours, une traction sur le canal de Stenon qui est englobé dans la plaie ramène toute la parotide sphacélée semblable à une « grappe de raisin de Malaga ».

L'état général s'altère, malgré le sérum antigangréneux.

La mort survient en quinze jours par thrombophlébite du sinus caverneux.

OBSERVATION III

Cette observation nous a été rapportée oralement par un de nos Collègues des Enfants Malades qui n'a pu nous communiquer le dossier.

Une petite fille de 10 ans, en mauvais état général, d'hérédité et d'entourage tuberculeux, entre à l'Hôpital pour une volumineuse tuméfaction occupant la joue droite et la région rétro-angulo-maxillaire. Elle était soignée depuis une semaine en dehors de l'hôpital pour oreillons. Température à 39°.

Un écoulement abondant de pus par la narine correspondante attire l'attention sur le sinus.

Une radiographie montre l'opacité complète des sinus maxillaires et de l'ethmoïde du côté droit.

Durant ce temps une phlyctène sphacélique est apparue au-dessous de l'orbite.

Incision et drainage sous anesthésie générale, donnant issue à du pus fétide.

Au bout de quatre jours, la température est redevenue normale.

Durant trois semaines, la suppuration persiste abondante par la plaie.

L'état général s'améliore peu à peu, cependant l'enfant reste pâle et fatiguée, la T. A. basse, malgré les extraits surénaux.

L'enfant est morte subitement un matin au cours de sa toilette, sans qu'aucun prodrome ait pu faire prévoir cette issue fatale.

L'autopsie du crâne n'a rien montré en fait de méningite ou de thrombo-phlébite.

OBSERVATION IV

(Em. DARABANS. Hôpital Militaire de Bucarest).

Jeune soldat de Transylvanie, berger de profession, incorporé depuis trois mois, entre à l'hôpital militaire pour blennorrhagie aiguë avec complications locales et générales.

Quinze jours après son hospitalisation, nouvelle élévation thermique à 39°, avec frissons, sensation de lassitude générale. Le lendemain, céphalée intense avec douleur violente de la moitié gauche de la face. Obstruction nasale complète.

Le surlendemain, tuméfaction énorme de la joue, atteignant la paupière inférieure, qui est œdématisée.

On pense à un accident dentaire, mais on ne trouve aucune dent malade.

B. W. fortement positif.

Rapidement apparaissent sur la tuméfaction des plaques ecchymotiques très foncées.

On pratique immédiatement une large incision dans le sillon alvéolaire avec débridement de la fosse canine à l'aide d'une sonde canelée.

Issue abondante de sang et d'un peu de sérosité.

Sérothérapie gangréneuse intense.

Traitement anti-syphilitique au novarsénol et aux

iodures. L'état reste stationnaire pendant une semaine, alarmant surtout par l'altération de l'état général, à type toxique, et par la situation inchangée au point de vue local.

Finalement, une suppuration, abondante, fétide, crémeuse apparaît par le nez et l'incision. L'état général s'améliore un peu.

Deux plaques de sphacèle noire se produisent sur la joue près de l'œil.

Les prémolaires et les molaires gauches, deviennent très branlantes dans une muqueuse gingivale œdématisée qui les recouvre presque. On pratique leur avulsion, qui se fait sans peine mais ouvre une large brèche dans le sinus maxillaire.

Par cette brèche s'échappe un flot de matière caécuse et fétide.

Pendant deux mois encore, la suppuration a duré, en même temps que tout le rebord alvéolaire du côté gauche s'éliminait par sequestrations successives.

Finalement, le malade est sorti de l'hôpital avec une large communication sinuso-buccale qu'il sera difficile de combler.

OBSERVATION V

Une femme de 39 ans a été admise dans le service de laryngologie de l'Hôpital Si-Gill, pour cé-

phalée sus-orbitaire droite, avec collapsus général durant depuis quatre jours.

Enorme tuméfaction englobant les paupières et la région frontale, remontant jusqu'à la racine des cheveux, fluctuante, avec des plaques de sphacèle.

Incision. Pus gangréneux. Paroi du sinus frontal, détruite en partie. Le sinus petit est rempli de matière caséuse fétide.

Pendant une semaine ensuite, très mauvais état général, la tuméfaction des paupières persiste tandis que la tuméfaction frontale supérieure augmente, puis signes de méningite avec sub-coma. De nouveau large incision. On trouve un foyer d'ostéite large comme la moitié d'une paume de main; l'ablation de cette zone à la curette conduit sur un abcès extradure-mérien limité en arrière par une dure-mère fongueuse et friable.

La malade ne sort pas du coma, et meurt dans la nuit qui suit l'intervention.

OBSERVATION VI

(BRINDEL. Bordeaux, 1929).

Raymonde B..., seize ans et demi, entre dans notre service le 26 janvier 1929.

Fin décembre, elle contracte la grippe et se plaint aussitôt de céphalée avec courbature, puis de fièvre avec enchiffrement prononcé. Depuis un mois, ces

céphalées, surtout vespérales, vont en s'accroissant de jour en jour, tout en se localisant plus particulièrement à la moitié gauche du front. L'enfant dit éprouver des battements dans la tête, et mouche du pus. La veille de son entrée, elle a eu une épistaxis abondante avec issue de matières purulente par la fosse nasale gauche.

Quand elle se présente à nous on aperçoit une tuméfaction rouge, douloureuse, occupant en hauteur l'espace compris entre la racine du nez et la racine des cheveux, et transversalement tout l'hémi-front gauche. La peau qui la recouvre est tendue, luisante, œdémateuse, chaude. Il existe une tuméfaction très nette au niveau de la bosse frontale. L'œdème s'étend aux deux paupières supérieures droite et gauche.

A l'examen des fosses nasales, du pus remplit la gouttière infundibulaire gauche. Il s'agit, à n'en pas douter, d'une sinusite frontale gauche, en voie d'extériorisation.

Un traitement médical de quarante-huit heures n'amenant la sédation ni de la tuméfaction, ni des douleurs orbitaires, ni de la température (38°5), nous pratiquâmes une incision d'attente sur ce point fluctuant.

Cette incision donna issue à une grande quantité *de pus noirâtre, extrêmement fétide, ayant l'apparence d'une association coli-anaérobie.*

Malgré les pansements quotidiens et le drainage du sinus frontal, car le drain pénétrait facilement dans cette cavité *dont la paroi externe était nécrosée, la*

température restait à 38° et l'état général ne s'améliorait pas. Il y avait toujours du pus dans la rainure infundibulaire.

Je fis alors une ponction des sinus maxillaires le 31 janvier et le lavage ramena du pus en abondance.

Je continuais lavages et pansements pendant tout le mois de février.

Aucune amélioration locale n'était survenue, alors que l'état général était bien meilleur, j'exécutais une cure radicale par la méthode de Galdwell-Luc, sous anesthésie régionale, le 28 février. Les suites furent excellentes, mais restait la sinusite frontale. On sentait une dépression des dimensions d'une pièce de un franc au niveau de la bosse frontale. La paroi osseuse avait été nécrosée.

Je fis la cure radicale de la sinusite frontale le 12 mars, par le procédé d'Ogston-Luc, sous anesthésie loco-régionale à la butelline. Le sinus était bourré de bourgeons charnus qui furent curettés prudemment.

Je revis l'enfant le 14 avril, en parfait état local et général.

De ces quelques observations, voyons ce que nous pouvons déduire :

1° *Etiologiquement.*

Les sinusites les plus diverses peuvent donner lieu à des complications gangréneuses.

Le plus souvent des polysinusites fronto-ethmoïdo-maxillaires, mais dans un cas une sinusite maxillaire isolée.

Les sinusites chroniques, en général, mais aussi les sinusites aiguës, grippales en particulier. Quant au germe il est très variable, lui aussi, dans un cas, des spirilles, dans deux autres des colibacilles, dans un autre la grippe. On sait du reste que de nombreux germes, le streptocoque en particulier, peuvent prendre le type anaérobie ou s'associer à ces anaérobies.

La cause elle-même de cette virulence soudaine de germes jusque-là bien tolérés reste mystérieuse. Evidemment intervient d'une façon importante la question du terrain, déficience de l'organisme, moindre résistance due à une tare (diabète, urémie, syphilis), à la fatigue et l'observation de DARABAN en est bien typique, son sujet présentant une affection vénérienne sévère.

Mais dans d'autres cas, on ne retrouve rien de semblable, l'infection semble foudroyante d'emblée sur un terrain non particulièrement prédisposé. Réserves faites naturellement des tares antérieures inconnues et évoluant à bas bruit, il y a là un phénomène bio-

logique non encore élucidé depuis la découverte des germes microscopiques ?

II. — Ces sinusites gangréneuses sont, cela va sans dire, d'un très mauvais pronostic : il convient de distinguer deux sortes de dangers possibles :

a) *Au point de vue général :*

1) *L'intoxication gangréneuse* bien caractérisée par le faciès, l'adynamie, les troubles du pouls et de la respiration.

Quand le malade ne peut faire les frais de ce choc brutal, il est emporté rapidement, au cours de la 1^{re} semaine, le plus souvent.

Passé ce délai, en général, il le surmonte plus facilement, et souvent la terminaison de ce stade est marquée par une sorte de crise générale, peut marquée du reste, et qui n'a en aucune façon la solennité de la crise pneumonique.

2) *Les infections intercurrentes.*

Une fois le premier danger surmonté, le malade n'est pas encore à l'abri. Il reste pendant longtemps un sujet très fatigué, qui résistera mal à toute nouvelle attaque.

Que survienne une pneumonie, une scarlatine, un érysipèle, un ictère infectieux, et ce malade que l'on croyait hors de danger succombera sans avoir pu esquisser la moindre résistance.

Parfois même, sans qu'on ait pu constater rien de

défini, la mort subite peut se produire par collapsus cardiaque, insuffisance surrénale suraiguë (comme on l'a vu dans une observation). Nous connaissons du reste de nombreux cas analogues au cours de la convalescence des maladies infectieuses de la diphtérie en particulier.

Par conséquent, ce sont des malades dont il ne faut pas affirmer la guérison au bout de quelques jours, mais au contraire, attendre un mois ou deux le parfait rétablissement général.

b) *Au point de vue local.*

Tout le danger vient de la contiguïté d'un foyer de germes hypervirulents avec les organes intracrâniens. 2 complications sont particulièrement à redouter :

1° *la thrombo-phlébite suppurée des sinus caverneux* est toujours possible, car la suppuration occupe le territoire si dangereux drainé par la veine angulaire de l'orbite;

2° *la méningite purulente* est encore plus à redouter, puisqu'elle peut être la conséquence, aussi bien de la thrombo-phlébite, que de la propagation directe par contiguïté ou perforation osseuse. Remarquons que cette complication est beaucoup plus à redouter dans les sinusites fronto-ethmoïdales que dans les sinusites maxillaires isolées et de ce fait, la localisation de la gangrène peut avoir une certaine importance pronostique.

III. — *Au point de vue pathogénique.*

Un fait nous a surpris en étudiant le malade qui a fait l'objet de l'observation I.

Habituellement, au cours des sinusites frontales extériorisées, après incision des téguments et rugination du périoste, on découvre la fistule osseuse, frontale ou ethmosidale, par où le pus a envahi les tissus sous-cutanés.

Chez notre malade, au contraire, l'exploration la plus minutieuse n'a rien montré de semblable.

Il est difficile d'admettre dans ce cas, puisque les sinus étaient malades antérieurement, qu'un foyer à distance ait pu ensemençer en même temps les sinus et les téguments.

Deux hypothèses sont en présence :

— ou bien filtration du virus à travers la paroi osseuse, par voie sanguine ou lymphatique;

- ou bien l'os, quoique sain macroscopiquement, était déjà malade histologiquement et a contaminé les tissus sous-cutanés par continuité.

Personnellement, nous serions assez enclin à admettre cette hypothèse et nous croyons nous être trouvé en présence d'une *ostéomyélite circonscrite*, ainsi qu'en fait foi l'élimination ultérieure de sequestres, répondant précisément aux zones de gangrène superficielle.

Cette ostéomyélite s'oppose, d'une part aux ostéomyélites hématogènes, car elle se produit par continuité, d'autre part aux ostéomyélites diffuses et récidivantes qui se voient au cours des sinusites frontales,

car elles sont abortives, circonscrites, et ne récidivant pas après résection de l'os atteint.

Un exemple en est donné par les nécroses du maxillaire supérieur ayant comme début une carie dentaire.

Nous allons relater une observation où l'on verra encore un cas d'ostéomyélite circonscrite, ayant provoqué également de la gangrène, mais surprise à un stade plus avancé que celui où nous l'avons vue.

OBSERVATION VII

Ostéomyélite du frontal consécutive à une sinusite frontale.

BAREICHNIKOFF (Ann. 31, p. 843), Hôpital de Leningrad.

Homme de 23 ans, à peine remis de la grippe, entre dans le service parce qu'il souffrait depuis une huitaine de jours, de douleurs dans la moitié gauche de la tête.

Température peu élevée, santé générale bonne, oreilles, pharynx, larynx en bon état.

Les 2 paupières ont une enflure qui est plus prononcée du côté gauche. Percussion très douloureuse au-dessus de l'orbite gauche, moins sensible au niveau du sinus maxillaire. Présence de pus épais dans la fente olfactive gauche. Odeur fétide du nez.

Du 9 au 23 août. T. peu élevée, maux de tête modérés, sans aucun trouble de l'état général.

L'œdème des parties molles augmente. A 3 cm. au-dessus de la racine du nez, au milieu du front, s'est formée une tuméfaction limitée, douloureuse, fluctuante, d'un diamètre de 4 cm.

Rinoscopie sans changements. Ponction du sinus maxillaire négative. La radiographie montre l'obscurité fronto-ethmoïdale gauche nette, le sinus maxillaire est un peu voilé.

B. W. négatif.

Pulvérisation cocaïne-adréraline. Bains de lumière.

Le 24 août, sous anesthésie locale, intervention sur sinus frontal gauche, procédé de Kilion.

Au-dessous de la tuméfaction de la région frontale, présence de pus ichoreux, sur une grande étendue, *sous le tissu conjonctif gangréné* et le périoste décollé.

La paroi antérieure du sinus frontal présente, au milieu de la partie supérieure, un foyer obscur carié, comme rongé de part et d'autre, et gros comme une pièce de 50 cm. De côté et vers le bas, dans un rayon de 2 cm., l'os est visiblement ramolli. Le sinus frontal et les cellules ethmoïdales largement ouvertes sont remplies de pus ichoreux. Drainage nasal. Fermeture de la plaie. Examen bactériologique : culture de B. gram, négatif, type paracolibacilles.

Période post-opératoire favorable.

Le malade quitte l'hôpital le 3 octobre 1930.

Notre attention a été attirée par la f. aiguë des foyers purulents (S. aigu) par le développement rapide du processus d'ostéomyélite.

IV. *Au point de vue thérapeutique :*

2 ordres de thérapeutique doivent être mis en action pour tenter de lutter contre cette grave complication :

1° *chirurgicale.*

L'intervention doit se faire d'urgence, dès qu'apparaissent des signes de gangrène cutanée.

Elle comprend plusieurs temps :

a) *incision cutanée* qui doit être large, comprendre toute la zone sphacélique, débrider tous les clapiers.

b) *Ouverture des sinus*, quand elle ne s'est pas faite spontanément, à la gouge ou la pince gouge.

c) A l'intérieur des sinus, par contre, l'intervention d'urgence doit être extrêmement prudente, pas de curettage, ni même d'écouvillonnage. Toute manœuvre brutale ferait courir un risque d'essaimage virulent.

C'est un temps qu'il faudra reporter à plus tard si le besoin s'en fait sentir.

d) le drainage doit être large. Laisser tout ouvert, pas de points de suture, drainer en même temps le sinus aussi bien que la plaie.

2° L'importance de l'acte chirurgical ne doit pas faire perdre de vue l'importance des soins médicaux.

Localement, il existe de nombreux modes de pansements :

— pulvérisation au sérum physiologique ou au sérum anti-gangréneux;

— irrigations continues au Dakin par drain de Carrel;

— pansement avec d'innombrables pommades ou gelées plus ou moins spécifiques.

Au point de vue général :

Traiter la tare causale si elle existe : diabète, syphilis, urémie.

Essayer une thérapeutique spécifique contre les anaérobies : on ne manquera pas d'administrer le sérum anti-gangréneux à haute dose, par voie sous-cutanée, intra-musculaire et même intra-veineuse.

Toutefois on a fait depuis longtemps et dernièrement, en particulier, de nombreuses réserves sur l'efficacité de ce sérum.

Lorsque le germe en cause est le streptocoque, administrer le sérum de Vincent et du Rubiazol.

Quant au shock thérapeutique, par le propidon, il nous semble hasardeux de le mettre en usage chez des malades déjà surmenés physiologiquement.

Il faut encore tout faire pour soutenir l'organisme dans sa lutte contre l'intoxication gangréneuse.

— soutenir le cœur : digitaline, ouabaïne,

— veiller à la bonne élimination rénale,

— surveiller le volume des urines, faire boire le malade, lui administrer du sérum sous-cutané.

Enfin, il est une thérapeutique que nous avons réservée pour la fin, car nous la considérons comme

extrêmement importante : la *transfusion sanguine*. Petites transfusions sanguines de cent grammes afin d'éviter un shock trop brutal, mais répétées aussi souvent qu'il le faudra.

Peut-être, dans notre cas, est-ce une coïncidence, mais il est indéniable que c'est quelques heures après sa première transfusion que notre malade fit une ébauche de crise générale providentielle alors qu'on le tenait déjà pour perdu.

De même, au cours de l'évolution ultérieure, alors que malgré toutes sortes de fortifiants et une nourriture substantielle, la fatigue générale allait s'accroissant, seules les transfusions répétées tous les quinze jours semblaient avoir un effet suffisamment revigorant.

CONCLUSIONS

1° Les complications gangréneuses des sinusites sont rares bien qu'à notre avis, il ait dû se produire quelques cas qui n'ont pas été publiés.

2° Elles surviennent le plus souvent sur des terrains débilisés.

3° Elles ne reconnaissent pas de germe spécifique.

4° Elles peuvent se voir dans toutes les variétés de sinusites, aiguës ou chroniques.

5° Elles sont extrêmement graves au point de vue vital, avec cependant une gravité un peu atténuée lorsque seul le sinus maxillaire est en cause.

6° Lorsque le malade ne succombe pas, elles laissent de gros dégâts localement.

7° Elles exigent un traitement chirurgical qui doit être rapide, mais prudent, des interventions de simple drainage.

8° A ce traitement chirurgical, il faut adjoindre un traitement médical qui sera causal autant que faire se pourra.

Vu, Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu, le Président de la Thèse,
LEMAITRE.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Surgical Therapy in severn manifestations of chronic sinusitis (T. Dadto), *Arch. f. Ohren. Nasen. U. Kehlkopfh.*
- Gassous sinusitis audits complications : cases. (R. Revista et J. M. Tato). *Rev. Assoc. méd. argent.* 49, 1525-1530, Oct. 35.
- Sinusitis from wiew point of estéomyélitis G. B. Tribble. *Laryngoscope* 41, 332-340, May 31.
- Gunshot woud of orbit. with distruction of eye-gangrene of lids; sinisitis. Recovery (M. Dusseldorp). *Rev. oto-neuro. opt.* 4, 12-18 janv. 29.
- Casewith complication. (C.-H. Glover). *Memphis M.-J.*, 6-99, May 29.
- OLSSOM, — Graves complications d'une sinusite frontale. Ostéomyélite progressive du frontal et abcès extra-dural. *Sosiéty Royale Medecine.* Séance 16-2-23.
- Osteite nécrosante au cours des sinusites grippales, (Brindel). *J. de Médecine de Bordeaux*, 59, 671-673, Août 29.
- Sinusite suivie de cellulite. (G. Worms). *Soc. de méd. milit. française. Bull. mens.*, 20, 267-73, oct. 14-28.
- Bulletin Soc. d'ophtalm. de Paris*, pp. 10-20 janvier 27.
- Ann. des maladies de l'oreille du larynx*, 46, 179-189, fév. 27.
- Frontal sinus disease; 3 sinusual consécutive cases (L.M. Hurd) *Laryngoscope*, 35, 894-897, Déc. 26.

Osteomyelitis of orbit from extensive sinus disease, (J.A. Morgan). *Laryngoscope* 33, 343-4, déc. 23.

DARABAN (Em.). — Sur un cas de sinusite maxillaire nécrosante. *Société roumaine d'O. R. L.*, 6 nov. 1935.

SEECOF (D.-P.). — Vincent's organisms in chronic sinusite osteomyelitis of frontal bone orbital cellulitis meningitis and pulmonary gangrene report of case (*arch. oto-laryng.* 10, 384-397, Oct. 1929).



